



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für Ihr Interesse an den Ausbildungskursen unserer Gesellschaft. Hiermit übersenden wir Ihnen die Anmeldeunterlagen und nachfolgende Informationen zum

## Online Akupunktur-Fallseminar

**Kurstermin/** 11. September 2021  
**Kurszeiten:** AP-FS von 10.00-14.00 Uhr  
**Kursort:** online  
**Kursleiter:** Sebastian Kielstein

### **Kursgebühr**

Mitglieder: 80,00 €  
Nichtmitglieder 110,00 €

Die Zugangsdaten erhalten Sie kurz vor dem Seminar von Herrn Kielstein per E-Mail.

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

***Jeder Teilnehmer sollte drei Fälle zur Vorstellung und Diskussion bereithalten.***

Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon (03 66 51) 5 50 75 oder über E-Mail: [info@dgfan.de](mailto:info@dgfan.de)

Mit freundlichen Grüßen

Sebastian Kielstein  
Kursleiter

Anlage:  
Anmeldeformular

**Stornierung:** Falls die Mindestteilnehmerzahl 5 Tage vor Kursbeginn nicht erreicht ist, kann der Kurs abgesagt werden. In diesem Falle werden 100 % der Kursgebühren erstattet. Sonstige Stornierungskosten werden nicht übernommen. Ebenso wird 28 Tage vor Kursbeginn Ihre Anmeldung verbindlich. Bei Abmeldung nach diesem Termin werden 20% der Teilnahmegebühr fällig. Bei Absagen 5 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig!

Fax-Antwort 036651/55074, E-Mail: [info@dgfan.de](mailto:info@dgfan.de)  
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

**ANMELDUNG**  
**Online Akupunktur-Fallseminar**  
**AP-FS – 11.09.2021**  
**Kennwort: AP-FS**

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Akupunktur-Fallseminar an:

Titel: .....

Name: .....

Vorname: .....

PLZ Wohnort: .....

Straße: .....

Tel. ....

Fax: .....

E-Mail .....

**Kursgebühr:** 80,00 €  
Nichtmitglieder 110,00 €

**Überweisung an:**

**DGfAN**

**Dt. Apotheker- und Ärztebank**

**IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33**

**BIC: DAAEDEDXXX**

Mitglied DGfAN\*: ja / nein

Arzt / Zahnarzt / Tierarzt\*

....., den .....

.....  
Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

**Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!**

\* Nichtzutreffendes bitte streichen